1872
Lane Medical Library

Beitrag

zur Resection des Ellenbogengelenks.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beifolgenden Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am 16. August 1872

öffentlich vertheidigen wird

Emil Weithe

aus Bromberg.

Opponenten:

G. Briesewitz, Drd. med.
Kieserling, Drd. med.
W. Kutschmann, Dr. med.

GREIFSWALD.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.
1872.

Dem

Rittergutsbesitzer

Herrn v. Wirski

ehrfurchtsvoll gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0232

Die Erkrankung der Gelenke ist eine ausserordentlich häufige und mannigfaltige, ihre Erforschung und richtige Behandlung eine äusserst schwierige aber lohnende Aufgabe der Chirurgie. Die überraschendsten Erfolge jedoch, welche auf diesem Gebiete errungen worden sind und täglich errungen werden, verdanken wir der Ausbildung der Resektionen der Gelenke. Die Erfolge, welche aber durch die Resektion erzielt werden, sind nicht für alle Gelenke dieselben. Während wir bei den grossen Gelenken der untern Extremität auch befriedigt sind, wenn wir mit dem erkrankten Gelenk nur den Entzündungsheerd entfernen und dem Körper ein, wenn auch steifes, doch immer noch brauchbares und unersetzliches Glied erhalten, bezwecken wir jedoch an der obern Extremität mehr; wir wollen dem Arme zugleich eine so viel als möglich der normalen gleichkommende Gebrauchsfähigkeit wiedergeben. Dieses Ziel für Schulter- und Ellenbogengelenk erstrebt die moderne chirurgische Therapie. Wohl ist es nun eine nicht mehr zu bezweifelnde Thatsache, dass die präch-

tigsten Reproduktionen der Gelenkkörper mit Gelenkflächen und Epiphysenlinien nach einer subperiostalen Gelenkresektion resultiren, und so hat man auch nach der Resektion des Ellenbogengelenks ausserordentlich günstige Resultate in Betreff der wieder erlangten Funktion erwachsen sehen. Jetzt sind aber vor Kurzem sehr gewichtige Stimmen laut geworden, welche diese Resultate nur für scheinbare erklären, ich meine die Berichte von Billroth[1]) und Hannover[2]), deren Nachforschungen ergeben haben, dass nach Jahren vieles oder alles von den Funktionen des Arms nach Resectio cubiti verloren gehe. Wenn auch die Existenz der Resectio cubiti hierdurch keineswegs bedroht sein kann, da diesen ungünstigen Erfahrungen ebenso günstige von anderer Seite gegenüberstehen, so tritt doch die Frage an uns heran, welcher Ursache wir diese verschiedenen Resultate zu schreiben sollen. Die Beantwortung dieser Frage wird sich leicht ergeben, wenn wir die Momente, welche bei der Resektion des Ellenbogengelenks sowohl als auch aller andern Gelenke wesentlich in Betracht kommen, näher ins Auge fassen. Es sind hier aber vorzüglich die Methode, nach welcher operirt wurde, und die Nachbehandlung zu berücksichtigen. Wie sehr hierin gerade bei der Resektion des Ellenbogengelenks bis auf die neueste

1) Wiener med. Wochenschrift 1871, No. 1 u. fl.

2) Med. Jahrbücher d. österr. Staates Bd. 18. 1869. P. 109—137 und v. Langenbecks Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. XII. p. 417 etc.

Zeit gefehlt worden ist, lehrt uns ein kurzer geschichtlicher Ueberblick:

Nachdem Wainmann und Görcke schon bei Traumen des Ellenbogengelenks Theile desselben mit glücklichem Erfolge resecirt, Stark die totale Resektion an Leichen geübt und für den Lebenden empfohlen hatte, war es Morean, dem Vater, vorbehalten, diese wichtige Operation am Lebenden zuerst auszuführen. Er entfernte im Jahre 1782 wegen Caries des Gelenkes die dieses bildenden Knochenenden. Die Methode, nach welcher er operirte, ist folgende: Er führte zwei Längsschnitte über die Condylen des Oberarms, welche die Weichtheile und die Gelenkkapsel spalteten und bis über den Anfangstheil der Vorderarmknochen reichten. Diese beiden Längsschnitte verband er durch einen Querschnitt, welcher mitten über den Oberarm ging und die Tricepssehne durchschnitt, schlug die beiden Lappen nach Oben und Unten zurück, so dass nach der Loslösung der Kapsel das Gelenk vollständig offen vorlag und die Entfernung der Knochen keine Schwierigkeit darbot.

Der Bogenschnitt von Wattmann, welcher am linken Arm mit einem Schnitt von etwa 3 – 4 Linien vor dem äussern Knorren beginnt, schräg über das Köpfchen des Radius bis über ein Zoll unter die Spitze des Oberarm geht, worauf ein zweiter ähnlicher Schnitt, vor dem innern Knorren beginnend, in derselben Richtung in den ersten Schnitt übergeführt wird, (am rechten Arm werden dieselben Schnitte in umgekehrter Ordnung geführt) dann der so umgrenzte, halbmond-

förmige Lappen bis über die Spitze des Oberarms lospräparirt und nach oben geschlagen wird, so dass dann die Entfernung der Gelenkenden ebenfalls sehr leicht ist; ferner der T-Schnitt von Liston, die Bildung eines dreieckigen Lappens nach von Textor, sind Methoden, welche ebenfalls noch in vielen chirurgischen Handbüchern empfohlen werden, welche aber alle dieselben Grundsätze verfolgen und natürlich dieselben Nachtheile haben. Man kann doch nicht den Schnitt zur Eröffnung des Gelenks für den bessten halten, welcher dasselbe am weitesten freilegt, die zu entfernenden Gelenkenden am bequemsten den chirurgischen Instrumenten darbietet, ohne dabei die Theile, welche für die spätere Funktion des Gliedes wesentlich sind, zu schonen, sondern gewiss den, der eben hierauf besonders Bedacht nimmt, wenn er auch die ganze Operation erschwert. So ist denn auch der relative Erfolg der Operation nach diesen Methoden stets Ankylose oder ein Schlottergelenk gewesen, indem durch die Durchschneidung der Tricepssehne auch die Thätigkeit dieses Muskels, wenn nicht ganz aufgehoben, so doch ausserordentlich für die Zukunft beeinträchtigt wurde, abgesehen davon, dass auch der Nervus uluaris meist nicht geschont werden konnte und so partielle Paralyse am Vorderarm eintrat. In jedem Falle wurde aber für die Funktion wenig oder gar nichts gewonnen. Auch die Modification, welche Jäger diesen Methoden hinzufügte, um den Nervus uluaris vor Verletzung zu schützen, indem er ihn nämlich in einer Länge von $2-2^1/_2$ Zoll blosslegte und aus der

Scheide heraushob, konnte natürlich keinen Anklang finden. Man kann deshalb wohl behaupten, dass diese Operationsmethoden heute nur noch ein geschichtliches, aber kein praktisches Interesse mehr beanspruchen. Heute kommen nur noch die subperiostalen Resektionen in Betracht und da gelten eben nur die Grundsätze, welche B. v. Langenbeck für die Resektion aufgestellt hat und nach denen die Schnittführung bestimmt ist. Vor allem muss jeder Querschnitt vermieden werden. Dass nämlich bei den früheren Methoden der Ellenbogengelenkresektion der Grund des Schlottergelenks nur in der gänzlich aufgehobenen und unterbrochenen Continuität zwischen der Sehne des Triceps und dem Vorderarm zu suchen war, war wohl bekannt, aber erst der Langenbeck'sche Schnitt wusste diesem Uebel abzuhelfen.

Während nun die Resektionen des Ellenbogengelenks, welche nach der Methode von v. Langenbeck ausgeführt wurden, ausserordentlich günstig verliefen, so veranlassten doch die oben erwähnten Bedenken, welche gegen die Resektion des Ellenbogengelenks in neuester Zeit laut geworden sind, Professor Hueter, eine neue Methode zu construiren, welche zwar auf den Langenbeck'schen Principien basirt, aber in der Führung der Schnitte verschieden ist, geleitet von dem Grundsatz, dass nicht das Fallenlassen der Operation oder das Erstreben einer ankylotischen Verbindung an der Resektionsstelle, sondern die weitere Ausbildung unserer Methodik in Indication, Technik und Nachbehandlung unsere Aufgabe ist.

Dieses neue Operationsverfahren wurde bereits vor einem Jahre in der Dissertation von Dr. Hinkens publicirt, ausführlicher aber noch von Prof. Hueter selbst in seinem Werke „Klinik der Gelenkkrankheiten" dargestellt. So einfach und vortrefflich dasselbe auch der Theorie nach erscheint, so konnte es damals doch nur empfohlen werden, da noch keine Resultate damit erzielt worden waren. Denn es war, wie in der oben erwähnten Schrift berichtet wird, erst einmal am Lebenden ausgeführt worden und zwar vor so kurzer Zeit vor der Veröffentlichung, dass man erst kurz vorher den Gypsverband entfernt und mit passiven Bewegungen begonnen hatte. Ausserdem wurde aber auch der Heilungsvorgang in diesem Falle noch durch eine Diphtheritis der Wundfläche bedeutend gestört. In der kurzen Zeit, welche nun seit dem Erscheinen jener Arbeiten verflossen ist, hatte doch Prof. Hueter bereits vier Mal Gelegenheit, die Ellenbogenresektion nach dieser Methode auszuführen, so dass sich bereits Resultate anführen lassen, welche eine fernere praktische Anwendung dieser Methode sehr befürworten.

Da nun in den oben erwähnten Werken bereits ausführlichere Berichte über das ganze Verfahren vorliegen, ebenso die Methode von B. v. Langenbeck erschöpfend dargestellt ist, so will ich, indem ich auf diese verweise, um nicht eine Wiederholung des dort Gesagten zu geben, nur in Kürze einen Vergleich der wesentlich in Betracht zu ziehenden Momente beider Methoden anstellen, um die Vorzüge der neuen von Hueter aufgestellten klarer darzulegen. Zugleich

bieten mehrere der nach dieser Methode operirten Fälle besondere Interessen in Anbetracht der Indicationen, welche zur Ausführung der Resection vorlagen, so dass sie auch deshalb einer eingehenderen Betrachtung werth erscheinen.

Die Technik beider Methoden hat das Uebereinstimmende, dass sie den einfachen Längsschnitt cultivirt, weil nur der Längsschnitt die functionell wichtigen Weichtheile schont. Während aber v. Langenbeck seinen Schnitt über das Olecranon zwischen innerm und mittlerm Drittel dessen Breite führte, verlegte Hueter seinen eigentlichen Resektionsschnitt über den Condylus externus humeri und Capitulum Radii. Die Verschiedenheit in der Lage der Schnitte ist zwar nicht das einzige aber hauptsächlichste Moment und von grosser Bedeutung. Berücksichtigen wir nämlich die Theile, welche bei jedem Schnitte durchtrennt werden und wie hoch der Werth derselben bei der Erzielung einer ausgedehnten späteren Brauchbarkeit des Gelenkes zu veranschlagen ist, so werden wir leicht einsehen, dass hierin eben der wesentlichste Vortheil der Methode, welche den Schnitt über den Condylus externus führt, begründet ist. Wir haben ja bereits in der Durchschneidung der Tricepssehne des Hauptmoment der früheren fehlerhaften Methoden kennen gelernt. Wenn nun auch der Langenbecksche Schnitt diese Sehne nicht queer durchschneidet, so spaltet er sie in ihrer ganzen Ausdehnung der Länge nach mit sammt eines nicht unbedeutenden Stückes von der eigentlichen Muskelsubstanz des Triceps, es

muss mithin eine narbigte Wiederverwachsung resultiren, welche eine Störung der späteren Function dieses Muskels bedingt. Diese Störung kann auf keine andere Weise vermieden werden, als dass man eben den Schnitt von dem Olecranon weg über Condylus externus verlegt. Hier liegen keine für die Funktion des Ellenbogengelenks in Betracht zu ziehenden Muskeln und die Verletzung der Dorsalflexoren der Hand ist so gering, dass für die Function derselben kein Nachtheil erwächst. Da dieser Schnitt jedoch zu weit vom Condylus internus entfernt ist, so dass man nicht von ihm aus eine Durchschneidung des starken lig. laterale internum bewerkstelligen kann, welche doch überaus nöthig ist, um eine Luxation der Gelenkenden herbeizuführen, so ist diesem Uebelstande durch den kleinen etwa 2 Ctm. langen Schnitt über den Condylus internus abgeholfen, mit welchem zugleich ein unten noch näher zu erwähnender Vortheil verbunden ist. Wenn auch dieser Schnitt, wie es nach den letzten Beobachtungen wohl gut erscheint, auch noch ein wenig verlängert wird, vielleicht um 1 bis 2 Ctm., so ist doch die Verletzung der von ihm berührten Muskeln nur minimal. Die Tricepssehne hingegen wird vollständig intact und in Continuität mit dem Periost und der fascia antibrachii erhalten, indem die Ablösung des Olecranes sich nach Entfernung des Gelenkendes des humerus sehr bequem und gut ausführen lässt.

Da ausserdem der Schnitt über den Condylus externus humeri ungefähr 2—3 Ctm. kürzer ist als der über das Olecranon und bald nach der Operation durch

die Naht noch mehr verkleinert werden kann, so dürfte dieser Umstand ebenfalls als ein nicht unbedeutender Vortheil hervorgehoben werden. Gerade die Ausgedehntheit des Längsschnittes schien den früheren Chirurgen ein sehr grosser Nachtheil zu sein. So können wir noch in der letzten Ausgabe der Operationslehre von Linhart, wo er über den Längsschnitt von Park, Chassaignac und B. v. Langenbeck spricht, lesen: „Alle drei Längsschnitte haben den gemeinsamen Nachtheil, dass sie nach Oben und Unten so weit reichen müssen, dass an der Mitte der Wunde die breiten Knochen des Ellenbogens hervortreten können, sie setzen somit eine verhältnissmässig zu grosse Wunde und die Operation ist besonders bei einiger Infiltration der Weichtheile sehr erschwert."

Verfolgen wir nun die Technik beider Operationsverfahren weiter. Bei der von B v. Langenbeck eingeführten Methode wird nach dem Längsschnitt erst die innere Hälfte des Muskels mit der Sehne und unter Schonung ihres Zusammenhanges mit dem abgelösten Periost der Ulna und der Fascia antibrachii durch Längsschnitte zurückgelagert, bis der Epicondylus internus in die Wunde eintritt und nun durch einen bogenförmig um die Prominenz des Epicondylus herumgeführte Schnitt das lig. laterale internum durchtrennt werden kann, darauf verfährt man ebenso auf der äussern Seite, luxirt dann die Gelenkenden und entfernt sie. Es nimmt dies Verfahren aber eine ziemliche Zeit in Anspruch und erfordert eine nicht geringe Geschicklichkeit von Seiten des Operateurs, da

derselbe stets mit dem Daumen der linken Hand die Weichtheile hart am Knochen gegen die Epicondylen hinschieben muss, während die Rechte mit Scalpell und Elevatorium die Kapselinsertion von dem Rand der Gelenkflächen ablöst, und ebenso den Nervus ulnavis aus seiner Rinne auf der hintern Fläche des Humerus entfernen muss. Dagegen bedingt das ganze Verfahren von Hueter eine schnellere und leichtere Ausführbarkeit der Operation, wie es sich auch an der Leiche durch gleichzeitig an beiden Armen begonnene Versuche leicht constatiren lässt. Ist nämlich nach dem Längsschnitt das lig. laterale ext. und der als lig. annulare radii bezeichnete Theil desselben getrennt, so wird das Radiusköpfchen mit dem Elevatorium durch Ablösung der Weichtheile freigelegt und isolirt mit der Stichsäge abgetragen, dadurch hinlänglich Raum gewonnen, um die Insertion der Gelenkkapsel unter Anspannung derselben mit dem Zeigefinger der linken Hand von dem vordern und hintern Rande erst der Rotula dann der Trochlea abzulösen. Leicht ist es dann, den Gelenkkörper des Humerus aus dem Längsschnitt herauszudrängen und zu entfernen, leicht und bequem danach die Isolation der Ulna von Periost und Tricepssehne vorzunehmen und besonders alle Weichtheile als zusammenhängende Platte abzulösen, da der volle Raum der Höhlenwunde zur Verfügung steht.

Wenn man den nervus ulnavis auch nicht zu Gesicht bekommt, so ist die Gefahr, welche ihm droht, wenn auch vorhanden, doch nicht bedeutender, als bei dem Langenbeck'schen Schnitt. Er gleitet bei dem

Herausdrängen des Humerus von selbst von der hintern Fläche desselben ab und eine Durchschneidung wird ohne Mühe vermieden, wenn man die Schneide des Messers nur hart gegen den Knochen führt.

Beachten wir nun nochmals die Ansicht von Linhart, welcher sagt:

„Zudem geben die genannten Schnitte (nämlich Bogen- und H-Schnitt) die einfachste Verwundung und lassen für den Eiterabfluss beliebige Stellen wählen. Der einfache Längsschnitt hat eine sehr verführerische Seite, nämlich die, dass keine oder keine nachtheilige Retraction der Wundränder möglich ist, dass also die Wunde ganz offen bleiben kann und doch keine grosse Entblössung der verwundeten Theile erfolgt. Allein die Wunde ist unstreitig, wenn man sich die resecirten Knochen wegdenkt, die grösste und der Eiter hat bei dem Umstande, dass die kranke Extremität auf der Innenfläche liegt, keinen so guten Abfluss, als eine Wunde, die einen innern Winkal hat," so müssen wir in vollem Maasse anerkennen, dass der Eiterabfluss bei dem Langenbeck'schen Schnitt gewiss nicht so frei als wünschenswerth ist. Berücksichtigen wir zu dem unsere jetzigen Anschauungen über die ausgezeichnete Wirkung der Desinfektion der Wunden und besonders bei schweren das Leben bedrohenden Eingriffen, so müssen wir auch bei unseren Operationen stets darauf Bedacht nehmen, dieselbe so gut, als es nur immer möglich ist, ausführen zu können. Diesen nicht zu gering zu schätzenden Nebenzweck versieht aber der kleine Schnitt über den Condylus internus in

ganz ausgezeichneter Weise. Aeusserst bequem lassen sich Drainageröhren, deren Werth täglich höher geschätzt wird, durch die Wunde hindurchführen, und diese liegen, wenn der Arm durch den Contentivverband fixirt ist, so günstig, dass die Wundsekrete leicht ausfliessen können, die grössere Incisionwunde auf der Aussenseite in ihren Winkeln ohne Nachtheil durch die Sutur geschlossen werden kann. Eine Eiterverhaltung mit ihren ungünstigen Folgen wird so leicht verhindert, die desinficirende Flüssigkeit leichter zu allen Theilen der Wunde gebracht, und somit sind auch mehr Chancen einer guten Heilung gegeben.

Aus diesen Betrachtungen werden wir also den Schluss ziehen, dass die neue Methode der Ellenbogenresektion nach Hueter eine Vervollkommung derselben ist, eine neue Bereicherung der operativen Chirurgie. Je besser aber die Methode, desto besser sind auch die Resultate, desto zahlreicher die Indicationen zur Operation. Wenn demnach Billroth in seinem Handbuch „die allgemeine chirurgisehe Pathologie und Therapie", wo er über die Behandlung der Caries der Gelenke spricht, erklärt: „Man ist so weit gegangen, selbst die anchylosirten Gelenke auszusägen, um ein bewegliches Pseudogelenk zu erzielen; dies würde ich nicht empfehlen; denn die Erfahrungen über die Brauchkeit der Arme mit resecirten Gelenken haben gelehrt, dass die Pseudogelenke, welche sich nach der Operation bilden, im Verlauf von Jahren noch immer laxer werden, so dass die operirte Extremität schliesslich doch nicht so brauchbar bleibt, wie man früher an-

nahm; man ist leider nicht ganz Herr über der Schlusserfolg in Betreff der Brauchbarkeit einer resecirten Extremität"; so werden wir uns unbedingt nicht auf seine Seite stellen. Im Gegentheil kann ich nach meinen eigenen Beobachtungen, ich denke hierbei an einen jungen Menschen, welchen ich täglich zu beobachten Gelegenheit habe, der vor ungefähr zwei Jahren im hiesigen Krankenhause von Prof. Hueter noch nach der Methode von v. Langenbeck resecirt wurde und der jetzt mit seinem Arme eine Stelle als Krankenwärter ebenso tüchtig zu versehen im Stande ist, wie mit einem normalen Arme, oder an einen Fall, welchen Passavant erwähnt, wo er vor sechs Jahren eine Totalresektion des Ellenbogengelenks gemacht hatte bei einem an Gelenkkaries leidenden Mann, den er 1870 im Felde wiedersah, wie er als Krankenträger die stärksten Leute auf der Bahre trug; sowie in Berücksichtigung der neuen verbesserten Methode und vollkommeneren Behandlungsweise nur damit übereinstimmen, dass der Resektion des Ellenbogengelenks noch weitere Grenzen gegeben werden, dass nicht nur Ankylose, sondern auch freie Körper bei einem sonst gesunden Gelenke doch die Indication zur Resektion abgeben. Dieses sind denn auch die Grundsätze, nach welchen die folgenden Operationen vollzogen wurden, welche zu beobachten und zu veröffentlichen mir durch die Güte des Herrn Prof. Hueter Gelegenheit gegeben wurde.

In Betreff des zuerst nach dieser Methode Resecirten, von dem ich bereits oben gesprochen habe,

kann ich noch erwähnen, dass trotz der ungünstigen Verhältnisse doch eine in jeder Beziehung befriedigende Funktionsfähigkeit des Armes erzielt worden ist.

Zum zweiten Male wurde nach dieser Methode operirt bei einem Knaben, welcher durch eine Umdrehung des Vorderarms von Seiten eines Mitschülers eine suppurative Entzündung des Ellenbogengelenks davongetragen hatte, welche einen so stürmischen Verlauf nahm, dass auch die Resektion der pyaemischen Infektion nicht mehr ihre Wirkung nehmen konnte. Es erfolgte leider schon nach wenigen Tagen der exitus letalis.

Ein ausgezeichnetes Resultat sehen wir jedoch nach der dritten Resektion eintreten. Die betreffende Patientin Wilhelmine H., 14 Jahr alt, aus Boldekow bei Greifswald, stellte sich in der hiesigen Klinik mit einer vollständigen Ankylose des rechten Ellenbogengelenks vor. Die Muskeln des Armes befanden sich bereits im Zustande bedeutender Atrophie. Dieser Zustand datirte von ihrem dritten Lebensjahre als Folge einer scrophulösen Erkrankung des Ellenbogengelenks. Es wurde nun am 30. April die Operation vollzogen. Da der entzündliche Process die Lage der Theile des Gelenks bedeutend verändert hatte, das Olecranon zum grössten Theile geschwunden und der Nervus ulnaris nach aussen auf dessen Stelle gerückt war, so bewährte sich die neue Methode in diesem Falle schon bei der Ausführung der Operation in sofern, als der Nerv nicht verletzt wurde, was bei dem Langenbeck'schen Schnitt kaum zu vermeiden ge-

wesen wäre. Nach der Operation wurde der Gypsverband angelegt und nach Freilegung der Wunde Drainageröhren in dieselbe eingelegt. Patientin fühlte sich meist wohl, klagte durchaus nicht über Schmerzen. Die Temperatur war nur wenige Tage um einen Grad erhöht und wurde überhaupt als höchste Temperatur nur zweimal 39,2° constatirt, als Patientin bereits 8 Tage nach der Operation und ebenso 14 Tage danach dass Bett verliess. Am 10. Mai wurde der Gypsverband gewechselt, am 27. vollständig entfernt. Die Granulationen und die Knochenreproduktion waren so üppig, dass man die einzelnen Theile des Gelenks besonders das Olecranon deutlich herausfühlen konnte und am 30. Mai mit den passiven Bewegungen begonnen werden konnte. Diese sowie die Anwendung der Elektricität bewirkten auch bald, dass Patientin mit einer wenn auch noch nicht vollständigen, so doch schon so ergiebigen Bewegungsfähigkeit des Arms entlassen werden konnte, dass man wohl annehmen muss, sie werde dieselbe durch weitere Uebung leicht noch vergrössern.

In dem folgenden Falle handelt es sich um freie Körper im Ellenbogengelenk. Prof. Huetер machte in seinem oben citirten Werke besonders darauf aufmerksam, dass gewisse Fälle von freien Gelenkkörpern Gegenstand von Resektionen werden können und zwar nicht von Resektionen, welche man wegen der Eiterung secundär auszuführen hätte, sondern von primären Resektionen. Mehrere freie Körper des Ellenbogengelenks, welche seine Funktion erheblich

stören, würden gewiss sicherer und vielleicht noch ungefährlicher durch die Resektion des Gelenks entfernt als durch irgend eine Art von einfacher Incision. Wir müssen zu dem die Verhältnisse, in welchen sich die mit diesen Leiden behafteten Individuen befinden, berücksichtigen. Leute, welche den wohlhabenderen Ständen angehören, können ihren Arm schonen, nicht so ein Arbeiter, welcher nur auf die Kraft seiner Arme angewiesen ist. Dieser muss auf jeden Fall von seinem Leiden befreit werden und da ist die schnellste und sicherste Methode die beste und diese ist für's Ellenbogengelenk die Resektion. Unser Patient nun, Wilhelm S., ist Knecht im Alter von 23 Jahren. Eine Ursache, wie er zu seinem Leiden gekommen sei, weiss er nicht genau anzugeben. Bei einem Wurf mit einem Steine will er einen schmerzhaften Ruck im Arme empfunden haben. Vor ungefähr zwei Jahren bekam er eine Entzündung des Ellenbogengelenks, stellte sich in hiesiger Klinik vor und der Hydrarthrus bei dem gesunden kräftigen Arbeiter ohne Verletzung und ohne jede andere palpable Ursache hatte auf die Vermuthung, es könne ein freier Körper dem Hydrarthrus zu Grunde liegen, geführt. Diese Vermuthung bestätigte sich dann auch. Nach abgelaufener Entzündung hörte man ein deutliches charakteristisches Knarren, ohne jedoch den Körper selbst fühlen zu können. Patient quälte sich seit jener Zeit mit seinem Leiden, bis er sich Anfangs dieses Sommers entschloss, sich der ihm vorgeschlagenen Resektion zu unterziehen. Dieselbe wurde dann am 28. Mai vom Prof. Hueter

nach der neuen Methode ausgeführt. Es fanden sich zwei freie Körper vor. Der eine ziemlich mobil hatte einen kleinen Stiel, der andere sass breiter auf, beide waren von regelmässiger Gestalt, plattrundlich, von glatter Oberfläche, von spongiöser Knochensubstanz aussen mit Knorpel überzogen. Zugleich fand sich eine kleine Vertiefung am Condylus internus humeri, so dass vielleicht ein Trauma das ursächliche Moment war. Das Radiusköpfchen zeigte beteits die Zeichen beginnender Panarthritis. Patient ist ungemein empfindlich, klagt stets über heftige Schmerzen, so dass schon am 30 Mai ein Wechsel des Verbandes vorgenommen wurde, und hatte stets hohe Temperatur, ohne dass sich eine Eiterverhaltung constatiren liess. Nur musste den 4. Juni ein abermaliger Wechsel des Gypsverbandes vorgenommen werden, um einen Anflug von Erisypel durch Einreibung von pix liquida zu beseitigen. Trotzdem sind die Granulationen und die Knochenneubildung ausserordentlich günstig, die Wunde ist abgesehen von einem mässigen Oedem der Haut, geheilt, und die Beweglichkeit nimmt unter Anwendung der Elektricität und Uebung beständig zu.

Zum letzten Male wurde diese Operation vollzogen bei einem Kinde im Alter von 1 Jahr und 3 Tagen am 8. Juni Dasselbe war bei der Geburt scheinbar gesund gewesen. Gegen Ende März dieses Jahres zeigte sich am linken Ellenbogengelenk eine schmerzhafte Anschwellung, welche eben zur Vereiterung führte. Aus dem Befunde des resecirten Knochenapparats wurde die Diagnose auf lues congenita gestellt. Des-

halb wird ausser der localen Behandlung der Resektionswunde auch eine antisyphilitische Kur mit kleinen Calomeldosen eingeleitet. Die Temperatur wurde sofort durch die Resektion herabgesetzt und wenn dieselbe sich auch durch ein zugetretnes Erisypel wieder zu einer bedeutenderen Höhe steigerte, so war doch das Kind nach der Beseitigung dieses stets fieberfrei und befand sich sehr wohl. Bei der Entlassung am 28. Juli konnte man am Ellenbogengelenk die neugebildeten Knochen deutlich durchfühlen; nur an der Radialseite fand sich noch ein kleiner Granulationswulst. Die Beweglichkeit war aber bereits ausgiebig und durchaus befriedigend.

Lebenslauf.

Ich Emil Weithe, Sohn des Polizei-Sekretärs Johann Weithe und dessen Ehefrau Emilie geb. Merdig, geboren zu Bromberg am 9. August 1847, evangelischer Confession, bezog, nachdem ich vom Bromberger Gymnasium im Herbst 1868 mit dem Zeugniss der Reife entlassen war, die Universität Greifswald, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Ich wurde am 2. November 1868 vom derzeitigen Rektor Prof. George immatriculirt und in das Album der medicin. Facultät vom derzeitigen Dekan Herrn Prof. Grohe eingetragen. Am 26. Juli 1870 bestand ich das Tentamen physicum und am 1. August 1872 das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit auf der hiesigen Universität hörte ich die folgenden Vorlesungen:

Bei Herrn Geh.-Rath Prof. Budge: Die gesammte Anatomie des Menschen; Anatomie der Sinnesorgane; Präparirübungen (2 mal); Experimentalphysiologie; Physiologie der Sinnesorgane.

Bei Herrn Prof. Landois: Osteologie und Chondrologie des menschl. Körpers; Histologie und microscopische Anatomie; Entwickelungsgeschichte und Zeugungslehre; Vergleichende Anatomie.

Bei Herrn Prof. v. Feilitzsch: Den I. und II. Theil der allgeimeinen Experimentalphysik.

Bei Herrn Prof. Limpricht: Den I. und II. Theil der Chemie.

Bei Herrn Dr. Roth: Cursus der normalen Histologie.

Bei Herrn Dr. Bengelsdorf: Diätetik.

Bei Herrn Dr. Krabler: Physikalische Diagnostik.

Bei Herrn Prof. Laurer: Chirurgische Verbandlehre und Arzneiverordnungslehre.

Bei Herrn Prof. Eichstedt: Ueber die Krankheiten der Haut und über Syphilis mit Demonstrationen; Gebürtshülfliche Uebungen am Phantom.

Bei Herrn Dr. Arndt: Ueber Geisteskrankheiten Encyclopaedie und Methodologie.

Bei Herrn Prof. Häckermann: Gerichtliche Medicin und Medicinalpolizei.

Bei Herrn Prof Grohe: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie; Ueber Geschwulste; specielle pathologische Anatomie; Ueber die Krankheiten der Suxualorgane; praktischer Cursus der pathologischen Anatomie (3 mal).

Bei Herrn Dr. Vogt: Chirurgische Anatomie mit Demonstrationen; Ueber Knochenbrüche und Verrenkungen.

Bei Herrn Prof. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie; Milzkrankheiten; Medicinische Klinik und Poliklinik (3 mal).
Bei Herrn Prof. Hüter: Chirurgische Operationslehre; Klinik und Poliklinik und Operationscursus an der Leiche.
Bei Herrn Geh.-Rath Prof. Pernice: Theorie der Geburtshülfe; Krankheiten des Uterus; Geburtshülfliche Klinik und Poliklinik mit Phantomübungen.
Bei Herrn Prof. Schirmer: Ueber Refraktions- und Accommodationsstörungen des Auges; Ophthalmoskopische Uebungen; Cursus der Augenoperationen; Augenheilkunde; Augenklinik; Krankheiten der Augenmuskeln; Lider und Thränenorgane.
In den Kliniken der Herren Professoren Mosler, Hüter und Pernice bin ich je 2 Semester als Prakticant thätig gewesen.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern, welche zu seiner Bildung beigetragen haben, spricht der Verfasser seinen innigsten Dank aus.

Thesen.

I. Der doppelte Längsschnitt von Hueter verbunden mit sorgfältiger Nachbehandlung bei der resectio cubiti geben eine sichere Garantie für die spätere Funktion des Armes.

II. Gegen Keratitis parenchymatosa leisten warme Umschläge das Beste.

III. Unter den Zellen des menschlichen Organismus sind die weissen Blutkörperchen die wichtigsten.